TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Eugène VILLARD

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon





LYON

ANCIENNE IMPRIMERIE A. WALTENER ET Cie

P. LEGENDRE & Cie, Suc^rs^

14, rue Bellecordière, 14

—

1901

I. — TITRES UNIVERSITAIRES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE. — 1889.

AIDE D'ANATOMIE
Concours 1890

PROSECTEUR
Concours 1893

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE LYON. — 1893

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
Prix de Thèse 1893 (Médaille de Bronze)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
Concours 1895

II. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1886

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1889

LAURÉAT DE L'INTERNAT (Prix Bouchet. Internat 4e année)
Concours 1893

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1898

III. — ENSEIGNEMENT

En qualité d'aide d'anatomie et de prosecteur de 1889 à 1895

CONFÉRENCES D'ANATOMIE (semestre d'hiver)

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE (semestre d'été)

CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE
Dans le service de Mr le professeur PONCET

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION DE 1898

IV. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Mémoires originaux

N° 1. — Sur un point de l'anatomie du nerf maxillaire supérieur (ganglion et plexus dentaires postérieurs). En collaboration avec M. Jaboulay. *Lyon Médical* 1890.

N° 2. — Ancien nœvus de la face ayant pris un développement monstrueux. *Arch. provinc. de Chirurgie*, 1892.

N° 3. — Sur une variété rare de hernie transpariéto-propéritonéale. *Arch. provinc. de Chirurgie*, 1892.

N° 4. — Rapports des nerfs récurrents avec les artères tyroïdiennes inférieures (En collaboration avec M. Jaboulay). *Lyon Médical*, 1893.

N° 5. — Variations de la pression artérielle chez les hémiplégiques. *Province Médicale*, 1893.

N° 6. — Anévrysme artérioso-veineux de l'avant-bras. *Gazette des Hôpitaux*, 1893.

N° 7. — De la cystostomie sus-pubienne dans les accidents d'origine prostatique. *Gazette des Hôpitaux*, 1893.

N° 8. — Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses.
Thèse pour le doctorat, Lyon 1893.
Mémoire présenté pour le prix Bouchet (internat 4e année).

N° 9. — Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies suivant la méthode de Murphy. *Lyon Médical*, 1894.

N° 10. — Note sur l'emploi d'un bouton anastomotique suivant la méthode de Murphy. *Lyon Médical*, 1894.

N° 11. — Des hernies inguinales et crurales de la vessie (En collaboration avec M. Jaboulay). *Lyon Médical*, 23 février et 3 mars 1895.

N° 12. — De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif. *Gazette Hebdomadaire*, nos 12, 13, 14, 1895.

N° 13. — Des tumeurs nœviformes sudoripares (En collaboration avec M. Paviot). *Province Médicale*, 1896.

N° 14. — Trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie. *Gazette Hebdomadaire*, 1898.

N° 15. — De la néphrectomie transpéritonéale avec marsupialisation immédiate. *Gazette Hebdomadaire*, 1898.

N° 16. — De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Gazette Hebdomadaire*, 1898.

N° 17. — De la valeur des boutons anastomotiques dans la chirurgie du tube digestif. *Lyon Médical*, 1901 (sous presse).

N° 18. — De la gastro-duodénostomie sous pylorique. *Revue de Chirurgie*, 1900.

N° 19. — Phlébite gauche et appendicite (En collaboration avec M. VIGNARD). *Revue de Chirurgie*, 1901.

N° 20. — Perforation de l'estomac par ulcère, laparotomie, gastrostomie temporaire. Guérison (En collaboration avec M. GAUTHIER). *Province Médicale*, 1901.

II. — Communications aux Sociétés savantes

N° 21. — Hydronéphrose double. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 30 avril 1890. C. R. *Lyon Médical*, t. 64, p. 201.

N° 22. — Gangrène symétrique des extrémités. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 23 juillet 1890. C. R. *Lyon Médical*, t. 65, p. 195.

N° 23. — Chancre syphilitique chez un verrier. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 23 juillet 1890. C. R. *Lyon Médical*, t. 65, p. 195.

N° 24. — Fracture de la colonne vertébrale. Guérison. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 29 avril 1891. C. R. *Lyon Médical*, t. 67, p. 263.

N° 25. — Tumeur érectile de la face. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 11 mai 1894. C. R. *Lyon Medical*, t. 70, p. 440.

N° 26. — Mort subite chez une accouchée. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 21 décembre 1898. C. R. *Lyon Médical*, t. 71, p. 478.

N° 27. — Ablation totale de l'omoplate. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 18 octobre 1893. C. R. *Lyon Médical*, t. 74, p. 452.

N° 28. — Fœtus hydrocéphale. *Soc. Sc. Med. Lyon*, 1893. C. R. *Lyon Médical*, t. 72, p. 133.

N° 29. — Monstre pseudencéphale. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 19 septembre 1893. C. R. *Lyon Médical*, t. 72, p. 239.

N° 30. — Lupus de la face d'aspect épithéliomateux. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 17 mai 1893.

N° 31. — Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies suivant la méthode de Murphy. Un cas de gastro-entéro-anastomose chez l'homme. Guérison. Communication faite au Congrès de Chirurgie, 1891.

N° 32. — De l'emploi d'un bouton anastomotique modifié suivant la méthode de Murphy. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 21 novembre 1891.

N° 33. — Résection intestinale et gastro-entéro-anastomose suivant la méthode de Murphy. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 6 février 1895.

N° 34. — Gastro-duodénostomie expérimentale. *Soc. Sc. Med. Lyon*, 16 février 1895 (Communication faite en notre nom et celui de M. JABOULAY).

N° 35. — Mécanisme de quelques accidents consécutifs aux gastro-entéro-anostomoses. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 5 avril 1895.

N° 36. — Entérectomie avec bouton anastomotique pour gangrène herniaire. *Soc. Sc. Méd, Lyon*, juillet 1895.

N° 37. — Du traitement de la gangrène herniaire par le bouton anastomotique, cinq cas de guérison. Congrès français de Chirurgie, 1895.

N° 38. — Des tumeurs nœviformes sudoripares (En collaboration avec le Dr Paviot). Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895.

N° 39. — Présentation d'un volumineux fibrome utérin. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, avril 1896.

N° 40. — Gangrène herniaire. Entérectomie avec bouton anastomotique. Guérison. *Soc. Sc. Med. Lyon*, janvier 1896.

N° 41. — Calcul du cholédoque. Obstruction duodénale par adhérences péritonéales. Cholécystostomie. *Soc. nationale Méd. Lyon*, juillet 1896.

N° 42. — Myxo-lipome de la cuisse. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, juillet 1896.

N° 43. — Myxo-lipome de la cuisse, pièces anatomiques. *Soc. Sc. Med. Lyon*, juillet 1896.

N° 44. — Tumeur pulsatile de la région mastoïdienne. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, décembre 1896.

N° 45. — Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Guérison. *Soc Sc. Méd. Lyon*, décembre 1896.

N° 46. — Gastro entéro-anastomose pour cancer du pylore; résection intestinale pour anus contre nature. Guérison. *Soc. Sc. Méd. Lyon* décembre 1896.

N° 47. — Trépanation et ligature de la jugulaire pour phlébo-sinusite. *Soc. nationale de Médecine*, 15 mars 1897.

N° 48. — De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissement cicatriciels de l'œsophage. Association française pour l'avancement des sciences *Congrès de Saint-Etienne*, août 1897.

N° 49. — Une observation de botryomycose humaine, rapportée dans le mémoire de MM. Poncet et Dor. Congrès français de Chirurgie, 1897.

N° 50. — Septico-pyohémie d'origine otique (En collaboration avec le Dr Rivière). Congrès français de Chirurgie, 1897.

N° 51. — Gastro-duodénostomie, pour obstruction cicatricielle du pylore. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, avril 1897.

N° 52. — Un cas d'empalement par crochet. Extirpation par laparotomie. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, décembre 1897.

N° 53. — Cure radicale d'un anus contre nature. Laparotomie, entérectomie avec bouton anastomotique. Guérison. *Soc. Sc. Méd.*, janvier 1899.

N° 54. — Valeur et indication de la gastro-entérostomie antérieure. *Soc. Sc. Méd.*, février 1899.

N° 55. — Etranglement interne par l'appendice. Laparotomie. Guérison. *Soc. Sc. Méd.*, février 1899.

N° 56. — Discussion sur la valeur comparée des procédés de gastro-entéro-anastomose. *Soc. de Chirurgie*, février 1899.

N° 57. — Utilité de l'intervention dans les gastrorrhagies dues aux ulcères gastriques. *Soc. Sc. Méd.*, mars 1899.

N° 58. — Un cas de lymphagiome de l'aisselle. *Soc. de Chirurgie*, avril, 1899.

N° 59. — De l'hystérectomie abdominale totale avec marsupialisation péritonéale temporaire, dans le traitement des gros fibromes utérins. *Soc. Sc. Méd.*, mai 1899.

N° 60. — Pylorectomie et gastrectomie par le procédé de la ligature en masse. *Soc. de Chirurgie*, juillet 1899.

N° 61. — Deux cas de tumeurs nœviformes sudoripares. *Soc. Sc. Méd.*, octobre 1899.

N° 62. — Laparotomie pour contusion de l'abdomen. *Soc. Sc. Med.*, novembre 1899.

N° 63. — Inversion totale de l'utérus. Hystérectomie, guérison. *Soc. Sc. Méd.*, février 1900.

N° 64. — De la gastro-duodénostomie sous-pylorique. *Soc. de Chirurgie*, février 1900.

N° 65. — Discussion sur les tumeurs nœviformes sudoripares. *Soc. Sc. Méd.*, mars, 1900.

N° 66. — Salpyngites hautes. *Bulletin Soc. de Chirurgie de Lyon*, avril 1900.

N° 67. — Sténose pylorique chez un enfant. Pyloroplastie, guérison. *Soc. nationale de Medecine*, juin 1900.

N° 68. — Perforation de l'estomac par ulcère, laparotomie, guérison. *Soc. Sc. Méd.*, novembre 1900.

N° 69. — Sur un cas d'actinomycose à forme néoplasique. *Soc. Sc. Med.*, décembre, 1900.

N° 70. — De la phlébite du membre inférieur gauche compliquant l'appendicite. *Soc. de Chirurgie, Lyon*, décembre 1900.

N° 71. — Discussion sur les tumeurs lymphatiques ganglionnaires. *Soc. de Chirurgie*, janvier 1901.

III. — Collaboration à des Thèses

CAMICHEL. — Contribution à la séméiologie de l'obstruction intestinale par étranglement. Thèse Lyon, 1893.

MAIRE. — Traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée. Thèse Lyon, 1895.

ALEX. — Sténose du pylore d'origine biliaire. Thèse, Lyon, 1895.

MAHAUT. — De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéro-anastomose, pour sténose cancéreuse du pylore. Thèse de Lyon, 1895.

PAUL. — De l'ostéomyélite des vieillards. Thèse, Lyon, 1896.

PLA. — De l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy, modifié par Villard, dans la hernie gangrenée. Thèse, Lyon, 1895.

REGAD. — Contribution à la thérapeutique de l'anus contre nature. — Entérorrhaphie avec incision péritonéale d'emblée et méthode de Murphy. Thèse Lyon, 1895.

BARRAL. — Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle. Thèse, Lyon, 1896.

GORDE. — Du bouton de Murphy dans la gangrène herniaire. Thèse Montpellier, 1896.

BONHOMME. — Contribution à l'étude des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses. Thèse, Lyon, 1897.

Douane. — Le traitement de la septico-pyohémie, d'origine otique et la trépanation du sinus latéral. Thèse, Lyon, 1897.
Daubois. — De l'isolement immédiat de la cavité péritonéale dans la néphrectomie abdominale. Thèse, Lyon. 1897.
Mellies. — Traitement de la péritonite infectieuse généralisée post-opératoire. Thèse, Lyon, 1897.
Chambon. — De la botryomycose humaine. Thèse, Lyon, 1898,
Sargnon. — Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte. Thèse, Lyon, 1899.
Jeunet. — Du traitement de la gangrène herniaire par l'entérectomie et et l'application du bouton de Murphy-Villard. Thèse, Lyon, 1899,
Ecochard. — De l'empalement. Thèse, Lyon, 1899.
Diot. — De l'hystérectomie abdominale totale avec marsupialisation péritonéale temporaire. Thèse, Lyon, 1899.
Desportes. — Coxalgie de croissance. Thèse, Lyon, 1899.
Grollier. — De la gastro-duodénostomie sous-pylorique. Thèse, Lyon, 1900.
Brunetière. — Des névrites post-opératoires. Thèse, Lyon, 1900.
Carle. — Des applications pratiques du drainage abdomino-vaginal. Thèse, Lyon, 1900.
Guffon. — Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite. Thèse, Lyon, 1900.
Blain. — Résultats immédiats et éloignés de l'entérectomie avec bouton de Murphy dans le traitement de la gangrène herniaire. Thèse, Lyon, 1900.
Carries. — La péritonite typhique, son diagnostic et son traitement chirurgical. Thèse, Lyon, 1900-1901.
Aribaud. — De la tumeur prélacrymale. Thèse, Lyon, 1900-1901.

IV. — Analyses de divers travaux

Traité de Gynécologie de S. Pozzi. *Lyon Médical*, 1896.
Traité de Thérapeutique chirurgicale par MM. Forgue et Reclus. *Lyon Médical*, 1897.

Etc...

MÉMOIRES ORIGINAUX

I. — ANATOMIE

Sur un point de l'anatomie du nerf maxillaire supérieur (Ganglions et plexus dentaires postérieurs) (En collaboration avec M. Jaboulay).

Nous avons signalé, pour la première fois, dans ce travail, une disposition non décrite, présentée par les nerfs dentaires postérieurs au moment où ils abandonnent le tronc du maxillaire supérieur. Il existe, à ce niveau, en effet, une anastomose des différents filets nerveux dentaires postérieurs, qui constituent un véritable plexus au-dessous du tronc du nerf maxillaire. Chez quelques sujets, au milieu de ce plexus, existe une formation ganglionnaire de très petit volume, mais dans laquelle le microscope nous a permis de reconnaître des cellules nerveuses. Trois planches annexées à ce travail représentent les dispositions typiques que nous avons rencontrées dans nos dissections.

Rapport des nerfs récurrents avec les artères thyroïdiennes inférieures. (En collaboration avec M. Jaboulay).

Lyon Médical, 1893.

Nous avons étudié, dans ce mémoire, la situation des nerfs récurrents et des artères thyroïdiennes inférieures. Ce point d'anatomie topographique présente un intérêt particulier, car la disposition de ces organes varie constamment avec le côté examiné. Nous croyons

avoir signalé ce fait pour la première fois : *par rapport aux artères thyroïdiennes inférieures le récurrent droit est toujours situé sur un plan antérieur au récurrent gauche* ; les dispositions anatomiques que nous avons observées peuvent se ramener à trois types :

Dans un premier type, en quelque sorte schématique à droite, le récurrent passe en avant des branches de l'artère et à gauche complètement en arrière.

Dans un deuxième type à droite, le récurrent est situé au milieu des branches de bifurcation de l'artère, alors qu'à gauche il est toujours situé complètement en arrière. C'est la disposition la plus fréquente.

Dans un troisième type, à droite et à gauche, les récurrents passent au milieu des branches artérielles, mais le récurrent gauche laisse toujours en avant de lui plus de branche que celui du côté opposé.

Ces considérations anatomiques ont comme conséquence pratique, le surcroît de précautions nécessaire lorsqu'on opère sur la corne thyroïdienne inférieure droite, pour éviter la blessure du laryngé correspondant.

Etude anatomique du péritoine vésical.

(*In* Hernies de la vessie, *Lyon Médical*, 1895.)

Nous avons étudié les rapports de la séreuse péritonéale avec la vessie surtout au point de vue de son adhérence aux parois du globe vésical. Une série de dissections nous a montré que, revêtue par le péritoine sur ses faces supérieure, postérieure et sur la plus grande partie de ses faces latérales, la vessie est maintenue en quelque sorte par le revêtement séreux qui la recouvre. En effet le péritoine est uni d'une façon suffisamment intime à la paroi vésicale pour pouvoir lui assurer une certaine fixité, mais cette adhérence est variable suivant les points où on la considère.

On peut résumer la disposition de la manière suivante :

Le péritoine vésical est facilement décollable sur les parties latérales ; il l'est encore beaucoup plus sur la face antérieure de la vessie dans la partie recouverte d'une manière permanente par la séreuse. Il est, au contraire, beaucoup plus difficile de décoller cette tunique sur la face postérieure et la face supérieure de l'organe. Ces dispositions sont variables suivant les sujets. Dans la majorité des

cas pourtant il est possible de libérer la séreuse sur toute cette surface avec le seul secours des doigts. Mais il est un point remarquable par l'adhérence intime du péritoine : c'est le sommet de la vessie. Là, il est impossible de procéder à la séparation du revêtement séreux. Ce détail anatomique a une grosse importance au point de vue de l'interprétation pathogénique de certaines hernies de la vessie dites *par bascule*. Chez les sujets gras le décollement de la vessie se fait beaucoup plus facilement.

II. — TÊTE

a) **Trépanatian et ligature de la jugulaire paur phléba-sinusite d'arigine atique.**

Société nationale de Médecine de Lyon, 15 nov. 1897.

b) **Sept'ca pyohémie d'arigine atique. — Trépanatian de l'antre et du sinus latéral, ligature de la jugulaire** (En collaboration avec le docteur RIVIÈRE).

Congrès français de Chirurgie, 1897.

Dans ces deux communications nous avons rapporté un cas de thrombose du sinus s'accompagnant de phlébite de la veine jugulaire consécutive à une otite chronique ancienne. Ce cas venait s'ajouter aux rares observations recueillies par MM. Chipault, Broca et Maubrac. Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est d'abord le diagnostic ferme qui en a été porté durant la vie du malade et le traitement chirurgical qui a été fait. J'ai pratiqué, en effet, l'ouverture de l'antre mastoïdien, la large incision du sinus latéral jusqu'à l'issue au dehors d'un abondant flot de sang, puis la ligature de la jugulaire interne dans la partie la plus inférieure du cou pour éviter, par la création de cette barrière, l'infection générale de l'économie. Malheureusement la thrombose de la veine s'étendait jusque dans le thorax et il fut impossible de placer la ligature au-delà des lésions. Aussi le malade succomba-t-il, au bout de quelques jours, à la suite de phénomènes de septiao-pyohémie. Nous avons insisté, au point de vue clinique, sur les signes suivants utiles pour le diagnostic :

Vascularisation exagérée de la face, dilatation unilatérale des veines superficielles et profondes (veines rétiniennes) ; torticolis par contracture réflexe du sterno-mastoïdien, disproportion entre les phénomènes locaux mastoïdiens et l'état général. Au point de vue thérapeutique, la large ouverture du sinus et la ligature de la jugulaire nous semblent la véritable méthode de choix, mais, contrairement à

l'opinion de Broca et Maubrac, nous pensons qu'il vaut mieux ne pratiquer la ligature de la jugulaire qu'après ouverture du sinus, à cause des obscurités qui entourent toujours le diagnostic. Ces idées nous les avons fait défendre dans la thèse de M. Douare (Lyon, 1897).

Ancien nœvus de la face ayant pris un développement monstrueux

Archives Provinciales de Chirurgie, 1892.

Il s'agissait là d'un nœvus pigmentaire congénital qui avait atteint un volume extraordinaire : plus de la moitié droite de la face était envahie par la tumeur. Son développement avait été lent et progressif, puisque ayant débuté, à la naissance, par une petite tache au niveau de la paupière supérieure, elle avait mis vingt ans à atteindre le volume actuel. L'ablation de cette tumeur a été faite en plusieurs séances par M. le professeur Pollosson qui a employé le thermo-cautère.

L'examen histologique a démontré des lésions de pigmentation et d'inflammation chronique, la pigmentation occupant des cellules qui peuvent jusqu'à un certain point être parfois considérées comme des cellules migratrices fixées, de véritables clasmatocytes pigmentées et des cellules migratrices ordinaires qui portent le pigment à l'épiderme ; l'inflammation se manifestant par des lésions banales à tendance fibreuse, des modifications profondes de l'appareil sudoripare et les traces d'un processus d'oblitération vasculaire. Enfin, au point de vue pratique, signalons la simplicité relative de l'intervention.

Fœtus hydrocéphale

Lyon Médical, 1893. t. 72, p. 133.

Plusieurs points intéressants méritent d'être signalés dans ce cas. Tout d'abord, les particularités cliniques suivantes qui permirent de faire le diagnostic : siège très élevé des bruits du cœur qui s'entendaient à 3 cent, au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, volume exagéré du ventre, défaut d'engagement, travail lent qui nécessita une application de forceps. L'écartement énorme des branches du forceps, l'impossibilité de faire une prise solide assurèrent le diagnostic.

Une ponction de la cavité céphalique opéra la réduction de la tête

dont le volume était énorme, et une version consécutive permit d'extraire le fœtus avec la plus grande rapidité.

Monstre pseudencéphale.

Lyon Médical, t. 72, p. 239.

Cas de pseudencéphalie; ce monstre paraît privé de cou; la tête est dans l'extension forcée, de telle sorte que la face se dirige directement en avant; à la partie postérieure on ne sent pas de pariétaux; au niveau de l'occiput se trouve une masse rouge, gélatineuse; il existe vraisemblablement un spina bifida de la région cervicale, hypothèse confirmée par la présence d'une lésion analogue au niveau de la région lombaire. Ce monstre a vécu 2 minutes.

Lupus de la face d'aspect épithéliomateux.

Présentation à la Société des Sciences médicales, Lyon, 17 mai 1893.

Seul un examen histologique minutieux permit d'affirmer le diagnostic.

Tumeur pulsatile de la région mastoïdienne.

Lyon Médical, 1896, t. 83, p. 560.

Ce cas, présenté par nous à la Société des Sciences Médicales de Lyon, avait trait à une femme de 45 ans, atteinte d'une tumeur pulsatile de la région mastoïdienne survenue spontanément. Cette tumeur s'accompagnait d'un bruit de souffle continu avec renforcement systolique. Cette malade présentait d'une manière très nette le signe sur lequel a insisté M. le professeur Terrier, consistant dans la disparition de tous les symptômes, lors de la compression d'un point limité de la tumeur. Ce signe a permis de porter le diagnostic d'anévrysme artério-veineux.

III. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Rapports de la tuberculose génitale de l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. — Quelques résultats éloignés de la castration.

Th. Doctorat. Mémoire ayant obtenu le prix BOUCHET. — (Internat 4e année).

Ce travail est basé sur l'analyse de 188 observations (dont 176 avec autopsies), observations recueillies, pour le plus grand nombre, dans les bulletins de la Société Anatomique, les autres nous sont personnelles et ont été recueillies en grande partie dans les services hospitaliers de Lyon.

Nous avons cherché dans ce mémoire à voir quels étaient les liens qui unissaient, au point de vue de la tuberculose, les différents viscères à l'appareil génital; nous avons successivement étudié, à ce point de vue, l'appareil pulmonaire, les voies urinaires, le péritoine, les systèmes osseux et articulaires et les méninges.

Les poumons sont évidemment les viscères les plus atteints par l'infection tuberculeuse dans les cas de lésions génitales.

C'est ainsi que, dans 176 autopsies, il existait une intégrité absolue des poumons dans 63 cas seulement, c'est-à-dire que la tuberculose pulmonaire se rencontrait dans 70 0/0 des observations. Chez les sujets examinés, au contraire, pendant la vie, les lésions pulmonaires n'existaient que dans 50 0/0 des cas.

Au point de vue du point de départ de l'infection tuberculeuse, il existe de nombreux faits où la tuberculose génitale est consécutive à un envahissement primitif du poumon. Mais nous croyons la tuberculose génitale beaucoup plus fréquemment primitive qu'on ne le croit. Dans la moitié des cas les lésions pulmonaires sont absentes et nous sommes persuadé que si l'on pouvait examiner les malades tout à fait au début, ce ne serait guère que dans un tiers des cas qu'on trouverait des lésions pulmonaires. La voie sanguine est à peu près exclusivement suivie par l'infection.

Les voies urinaires, en raison des rapports anatomiques, sont très fréquemment envahies (56 0/0 des cas). Le rein est touché seulement chez 40 0/0 des malades. Mais ici se pose la question, particulièrement intéressante au point de vue thérapeutique, de savoir si l'infection tuberculeuse débute par les voies urinaires supérieures pour *remonter ensuite le cours du sperme*, comme le veut Cayla, ou bien si ce sont les lésions primitivement génitales qui affectent secondairement les voies urinaires. Conformément à l'opinion de M. le professeur Guyon et à l'école de Necker, nous croyons le mécanisme invoqué par M. Cayla exceptionnel, car la clinique nous montre la bénignité de bien des tuberculoses génitales, fait peu en rapport avec l'hypothèse d'une tuberculose rénale préexistante.

Les autopsies nous font voir, d'autre part, l'immunité du rein dans 43 0/0 des cas et, dans les observations où il existe des lésions urinaires, nous voyons celles-ci peu avancées au niveau des voies urinaires supérieures, alors que les voies inférieures et l'appareil génital surtout sont le siège de lésions anciennes et très étendues.

Enfin, l'expérimentation démontre la fréquence des néphrites ascendantes, la rapidité de leur production et, par suite, la possibilité, pour les bacilles tuberculeux, déversés au niveau de l'urèthre postérieur et de la vessie, de remonter ultérieurement jusqu'au rein.

La tuberculose génitale peut retentir encore sur le *péritoine*; nous l'avons trouvée dans 12 0/0 des cas; là l'infection se fait le plus souvent de proche en proche par infection du cul-de-sac de Douglas, au niveau des vésicules séminales, soit par l'intermédiaire des lymphatiques, et enfin par la voie sanguine. Contrairement à l'opinion d'Augagneur et de Mollière ce n'est qu'exceptionnellement, croyons-nous que la péritonite tuberculeuse peut infecter les voies génitales.

Enfin nous avons noté dans 17 0/0 des cas la *méningite tuberculeuse* comme terminaison de la maladie, et dans 6 0/0 la coexistence des tuberculoses osseuses ou articulaires.

De cette étude il fallait tirer une conclusion pratique. Etant donné, comme on a pu le voir la fréquence des tuberculoses génitales primitives et, d'autre part, le retentissement sur tous les viscères de cette localisation initiale, nous devions en déduire un traitement radical. Et nous terminions en exposant cette règle de conduite de notre maître M. le professeur Poncet : « A moins de contre-indication relevant de la diffusion des lésions, le traitement de choix de la tuberculose testiculaire est la castration hâtive ».

Comme corollaire de cette thérapeutique nous avions recherché d'anciens malades castrés pour tuberculose génitale et chez tous nous avions trouvé une amélioration considérable de l'état général.

Depuis l'époque où nous avons publié ce mémoire, les interventions sur le testicule tuberculeux sont devenues plus économiques et nous ne serions plus aussi absolu qu'en 1893.

Des hernies inguinales et crurales de la vessie (En collaboration avec M. Jaboulay). *Lyon Médical*, 1895.

Ce mémoire contient sept observations nouvelles et personnelles de hernies vésicales, observations qui nous ont permis d'en préciser l'anatomie pathologique et la pathogénie, et d'insister sur certaines particularités cliniques et thérapeutiques. Trois de ces observations ont trait à des sujets trouvés, à l'amphithéâtre, porteurs de cystocèles et quatre autres se rapportent à des cas de kélotomie avec hernies vésicales dont une crurale.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique* nous avons divisé, avec les auteurs, ces cystocèles en trois variétés; mais, cherchant à rappeler la disposition du péritoine au niveau du viscère hernié, nous les avons distinguées en :

A. — Cystocèles extra-péritonéales.
B. — Cystocèles para-péritonéales.
C. — Cystocèles intra-péritonéales.

Cette dénomination semble, du reste avoir prévalu, c'est celle à laquelle s'est rattaché M. Imbert dans un article sur les cystocèles.

Dans la première variété c'est la face antérieure de la vessie dépourvue de péritoine qui fait hernie et, lorsqu'on a disséqué les plans cellulaires et aponévrotiques, on tombe directement sur la paroi vésicale.

Dans la deuxième variété, il existe un sac péritonéal contenant ou non de l'intestin et, à la partie interne et supérieure de ce sac, est accolé le réservoir urinaire qui n'est ainsi recouvert que sur une de ses faces par la séreuse.

Enfin dans les cystocèles intra-péritonéales, la vessie est contenue dans un sac péritonéal complet, entourée ou non par des anses intestinales; il semble qu'elle plonge par son sommet dans l'intérieur du sac; aussi Leroux avait-il désigné cette variété sous le nom de hernie par bascule.

En dehors des rapports de la hernie avec le péritoine nous avons observé les particularités anatomo-pathologiques suivantes :

1° Dans trois cas ayant trait à des cystocèles sans sac séreux l'artère épigastrique se trouvait en dehors du pédicule, le viscère

était donc sorti par l'une ou l'autre, de fossettes inguinales internes.

2° Dans presque toutes nos observations nous avons rencontré le lipome préherniaire de Monod et de Delageniére, nous croyons sa présence à peu près constante.

3° Enfin les altérations urinaires étaient constantes chez l'homme. Hypertrophie prostatique et ses conséquences.

La Pathogénie est facilement interprétée d'après les considérations précédentes.

Chez l'homme, les conditions essentielles sont la distension, la rétention, l'effort qui modifient les rapports normaux de la vessie et permettent sa hernie; nous devons donc trouver, comme conditions étiologiques importantes, les obstacles siégeant sur les voies urinaires inférieures et, plus spécialement, *l'hypertrophie de la prostate*; quant au rôle du lipome prévésical, au lieu d'en faire un agent fixateur de la vessie, nous le comprenons comme un tissu favorisant le glissement du réservoir urinaire.

Etudiant le mécanisme de production des diverses variétés, nous faisons jouer un rôle important à ce que nous appelons la *zone décollable* du péritoine vésical. Nous avons vu, en effet, à la suite de dissections, que la séreuse, très peu adhérente sur la face antérieure de la vessie, encore facilement décollable sur les faces latérales, n'est plus isolable au niveau du sommet répondant à l'insertion de l'ouraque.

Ces dispositions anatomiques nous permettent de comprendre les variétés extra-péritonéales, et, celles para-péritonéales où comme nous le croyons, l'entérocèle est primitive et la cystocèle secondaire, contrairement à l'opinion de MM. Monod et Delageniére. Enfin, dans les hernies dites par bascule, si, comme l'a montré Leroux, des adhérences existant au sommet de la vessie peuvent faire basculer celle-ci dans un sac herniaire, nous croyons que, dans la majorité des cas, ce rôle est dévolu au péritoine adhérent au sommet du viscère.

Chez la femme, les conditions mécaniques nécessaires restent les mêmes que chez l'homme; seule la cause première est modifiée et nous voyons le prostatisme être remplacé par la *grossesse*, *le fibrome utérin*, *les tumeurs du petit bassin*, etc.

Enfin, nous signalons *les cystocèles opératoires* mises en lumière par Picquet dans sa thèse inaugurale.

La partie clinique de ce travail rapporte quatre observations de cystocèles, trois inguinales dont une extrêmement volumineuse, intrapéritonéale, comprenait la *totalité de la vessie et de la protaste*, et une crurale.

Nous avons noté les *symptômes* suivants qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

La matité, l'impossibilité d'une réduction totale, en l'absence de tout phénomène d'étranglement; la sensation d'une masse pâteuse au niveau de la partie supérieure et interne du sac, lorsqu'il existe une entérocèle; la miction consécutive à des pressions sur la hernie; enfin, les renseignements fournis par le cathétérisme. Ajoutons, comme signe de probabilité, le grand volume d'une hernie chez un individu âgé ou obligé de faire des efforts considérables.

Au cours d'une intervention sur une entérocèle compliquée de hernie vésicale, on évitera la blessure du réservoir urinaire en remarquant la *difficulté de la dissection du sac en arrière et en dedans*, et en percevant en ce point un *épaississement considérable de la paroi du sac*. Ces deux particularités doivent attirer l'attention, et conduire à un examen plus complet, telle que l'exploration vésicale qui posera définitivement le diagnostic.

Si la vessie a été, malgré tout, blessée au cours de l'intervention, c'est à la suture méthodique qu'il faut avoir recours.

Nous sommes persuadé, en effet, que ce cas personnel où une simple ligature fut placée par inadvertance sur la vessie herniée et où il ne se produisit point de fistule, doit être tout à fait exceptionnel.

Hydronéphose double

Lyon Médical, 1899, t. 64. p. 101.

Ce cas a trait à un malade mort à la suite de phénomènes urémiques consécutifs à une hydronéphrose double; l'affection avait atteint un développement considérable à droite, et était à son début à gauche. A droite le rein a été transformé en une vaste poche pouvant contenir environ trois litres de liquide. Cette observation présente d'intéressant ce fait que nous n'avons pu trouver d'obstruction au cours de l'urine, l'urètre était perméable sur tout son trajet et ne présentait pas d'augmentation de volume. Il n'existait pas de coudure ou de valvule appréciable au niveau de son abouchement dans le bassinet. Rien de côté de la prostate ni des voies urinaires inférieures.

D'autre part, on avait affaire, dans ce cas, à une hydronéphrose vraie et non à un rein polikystique.

DE LA NÉPHRECTOMIE TRANS-PÉRITONÉALE AVEC MARSUPIALISATION IMMÉDIATE DU PÉRITOINE.

Gazette Hebdomadaire, 1898.
Thèse de Daubois, Lyon, 1897.

Les dangers d'infection au cours des néphrectomies trans-péritonéales nous ont suggéré un manuel opératoire spécial destiné à réduire au minimum la gravité de cette intervention. Ce procédé n'est, en somme, que le développement de l'idée qui a conduit M. le professeur Terrier, à fixer à la paroi abdominale les feuillets péritonéaux flottants après la néphrectomie.

Nous avons pratiqué, pour la première fois, cette opération en 1895 et elle a fait, l'objet de la thèse de M. Daubois (Lyon, 1897). Ce procédé, consiste, après avoir incisé la paroi abdominale sur le bord externe du muscle grand droit, à inciser longitudinalement le péritoine qui tapisse la face antérieure du rein, et cela en dehors du colon appliqué au devant de la tumeur. On dissèque ensuite, sur un ou deux centimètres chaque lèvre de l'incision péritonéale rénale ; puis, soit avec des pinces, mais mieux avec une suture en surjet, on adosse le péritoine de la paroi au péritoine viscéral, créant ainsi une sorte de marsupialisation, de cheminée, au travers de laquelle il est possible d'atteindre et de décoller le rein sans risquer d'infecter la séreuse. La figure ci-jointe fera bien comprendre ce temps opératoire. Les avantages de ce procédé sont : faciliter des manœuvres faites à découvert ; absence des anses intestinales au devant de la tumeur, celle-ci étant maintenue par le cloisonnement du péritoine; disparition des chances d'infection, puisque très rapidement toutes les manœuvres se passent en dehors du péritoine; on comprendra l'utilité de cette méthode dans lés cas de gros reins purulents ; enfin drainage facile de la vaste cavité laissée libre.

Les deux observations qui sont rapportées dans notre mémoire, toutes deux terminées par la guérison, justifient ces considérations théoriques qui doivent, selon nous, étendre les indications des néphrectomies transpéritonéales.

La décortication du rein sera faite, soit en dehors de la capsule propre (tumeur), soit suivant la méthode sous-capsulaire de M. le professeur Ollier (lésions suppuratives) ; dans ce cas, au cours des manœuvres d'extirpation du rein, on fera le décollement solidaire

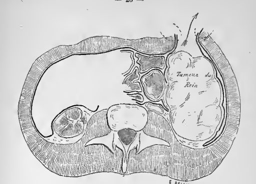


Fig. I. — Coupe horizontale antéro-postérieure de la cavité abdominale montrant la marsupialisation péritonéale.

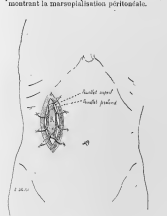


Fig. II. — Aspect de la plaie abdominale au moment où l'on va commencer la décortication du rein.

de la séreuse et de la capsule; c'est le manuel opératoire que nous avons suivi dans nos deux observations.

La marsupialisation immédiate du péritoine, dans la néphrectomie transpéritonéale, doit, disons-nous, étendre dans une certaine mesure les indications de la voie abdominale dans l'ablation du rein; la décortication du péritoine qui tapisse la face antérieure de la glande se fait, en effet, avec une remarquable facilité, surtout si on décolle simultanément la capsule propre; tout se passe alors comme si on opérait en dehors de la séreuse. Cette méthode réalise, contre les dangers de l'infection, tous les avantages de la néphrectomie lombaire, tout en profitant des avantages d'une incision abdominale antérieure que l'on peut faire aussi grande que l'on veut et donnant le maximum de jour désirable.

Inversion totale de l'utérus. — Hystérectomie. — Guérison.

Soc. des Sc. Médicales, février 1900.

Nous avons rapporté dans cette communication un cas d'inversion totale de l'utérus datant de trois mois. Cette inversion remontait à un accouchement dans lequel la délivrance avait nécessité des tractions trop énergiques. Nous avons tenté, tout d'abord, des manœuvres de réduction, par tous les procédés connus; celles-ci ayant échoué, en raison de la rétraction de l'utérus et de l'ancienneté de la lésion, l'hystérectomie fut pratiquée, hystérectomie facile, gênée pourtant par l'invagination de la vessie dans la dépression formée par l'utérus inversé.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

a). **De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des gros fibromes utérins. — Marsupialisation péritonéale temporaire.**

Soc. Sc. Médicales, mai 1899.

(*b*. **De l'hystérectomie abdominale totale avec marsupialisation péritonéale temporaire.**

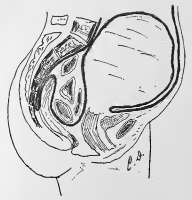
Diot, Th. Lyon, 1899.

Au cours de l'extirpation de volumineux fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale, nous avons eu recours à une

technique opératoire un peu spéciale, que nous avons longuement exposée dans une communication à la Société des Sciences Médicales de Lyon et dans la thèse d'un de nos élèves, M. Diot.

Ce procédé consiste à conserver deux vastes lambeaux péritonéaux antérieurs et postérieurs, que l'on fixe momentanément à la paroi abdominale, afin d'opérer une véritable énucléation intra-péritonéale de tout le pôle inférieur de l'utérus.

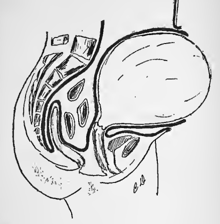
Après l'ouverture du ventre, le fibrome est attiré au dehors par un désenclaveur, des pinces sont placées à droite et à gauche sur les pédicules ovariens qui sont sectionnés, puis la partie supérieure



Coupe transversale de la cavité abdominale remplie par un volumineux fibrome utérin.

de la section des deux ligaments larges est unie par une incision postérieure transversale à concavité supérieure. Cette incision ne doit intéresser que le péritoine, qui est décollé à partir de ce niveau. Une manœuvre identique est faite en avant. On rabat ainsi deux grands lambeaux péritonéaux, l'un antérieur, l'autre postérieur ceux-ci étant relevés vers l'incision de la paroi abdominale; on opère, dés lors, dans une sorte de cuvette extra-péritonéale. En poussant ainsi la dissection de haut en bas, on arrive sur l'artère utérine droite qui est sectionnée, le vagin est ouvert, et l'on termine par la section de l'utérine gauche. Toutes ces manœuvres se sont

passées comme en dehors de la grande séreuse, et les dangers d'infection par l'ouverture vaginale sont évités. L'intervention se termine par la suture des deux lambeaux péritonéaux au-dessus de la tranche de section du vagin.



Même coupe que la précédente après fixation du péritoine de la tumeur à la paroi abdominale.

La dissection de la cupule péritonéale est quelquefois difficile en arrière et au niveau de la ligne médiane surtout. Dans certains cas même elle est impossible, d'autres fois ce procédé n'est applicable qu'aux gros fibromes.

Nous rapportons dans notre communication six cas où nous sommes intervenus de cette façon et nous avons enregistré six succès.

Les avantages de ce procédé nous paraissent résider surtout dans la sécurité qu'il confère. Cette sécurité relève : 1° De la limitation du champ opératoire ; 2° de la facilité de l'hémostase ; 3° et surtout de la protection de la grande cavité péritonéale.

La dissection de cette grande collerette péritonéale protège, en effet, les organes voisins et l'intestin en particulier, elle limite en

cas d'hémorrhagie le champ des recherches, pour trouver le vaisseau qui saigne, et elle met surtout à l'abri des dangers d'infection venus du vagin. On est surpris, lorsqu'on rabat les lambeaux péritonéaux pour fermer le pelvis en bas de voir le cul-de-sac de Douglas absolument propre. Tout, en effet, s'est passé en dehors de la cavité péritonéale, sauf les tout premiers temps de l'opération.

IV. — TUBE DIGESTIF ET ANNEXES

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR L'EMPLOI D'UN BOUTON ANASTOMOTIQUE MODIFIÉ DANS LA CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF.

a). **Recherches expérimentales sur les entérorraphies suivant la méthode de Murphy.**

Lyon Médical, 1894.

b). **Note sur l'emploi d'un bouton anastomotique modifié suivant la méthode de Mnrphy.**

Lyon Médical, décembre 1894.

c). **Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies suivant la méthode de Murphy. — Un cas de gastro-entéro-anastomose chez l'homme. — Guérison.**

Communication faite au Congrès de Chirurgie, 1894.

d). **De l'emploi d'un bouton anastomotique modifié suivant la méthode de Murphy.**

Société de Médecine de Lyon, 1894.

e). **Résection intestinale et gastro-entéro-anastomose suivant la méthode de Murphy.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, février 1895.

De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif.

Gazette Hebdomadaire, n° 12, 13, 14, 1895.

Un des tout premiers en France, en août 1894, nous avons entrepris une série de recherches sur l'emploi des boutons anastomotiques de Murphy dans la chirurgie du tube digestif et nous avons groupé ici toute une série d'articles et de communications qui résument l'ensemble de nos premiers travaux sur ce point. Frappé de certains inconvénients du bouton de Murphy typique, nous avons fait construire un modèle spécial caractérisé par les modifications suivantes: suppression de la bague mobile, augmentation de la lumière centrale assurant un libre écoulement des matières, larges ouvertures latérales fénétrant au maximum la pièce métallique de façon à ce que lors de sa migration, celle-ci se plaçant en travers il n'en résulte pas pourtant d'obstruction intestinale. Trois diamètres de ce modèle ont été construits : 20 millimètres, 23 millimètres et 26 millimètres, ce dernier pour le gros intestin.

Dans l'expérimentation sur les chiens, nous avons utilisé un modèle de 15 millimètres seulement.

Notre manuel opératoire diffère peu de celui exposé par M. le professeur Terrier, MM. Quenu et Chaput. Pour les gastro-entéro-anastomoses ; commencer par l'intestin grêle, incision longitudinale sur la convexité dont on borde le pourtour au moyen d'un fil de soie passé en surjet; introduction de la pièce mâle, et fixation de l'ouverture intestinale serrée en bourse sur le cylindre central de l'appareil. Manœuvre identique sur l'estomac, anastomose des deux moitiés. Nous insistons sur la nécessité de serrer très fortement, sans craindre une section prématurée des tuniques saisies, c'est le seul moyen d'avoir une anastomose étanche. Dans les résections intestinales, manœuvres semblables, la fixation de chacune des moitiés du bouton se fait aussi au moyen d'un fil passé en surjet au niveau de la tranche de section à cheval sur la muqueuse et la séreuse, et serré ultérieurement en bourse.

L'expérimentation nous a fait voir l'innocuité de cette intervention chez les chiens : sur sept opérés, un seul a succombé, et encore indépendamment de son anastomose. Mais, plus intéressants ont été les résultats éloignés, qui nous ont démontré l'absence de rétrécissement ultérieur tardif, fait déjà signalé par les auteurs. Sur deux pièces la soudure était si parfaite entre les parties anastomosées

qu'elle était à peine visible; sur une troisième quelques adhérences épiploïques indiquaient seules l'ancienne intervention, et dans aucune il n'existait de diminution notable du calibre de l'intestin.

Nos observations cliniques sont au nombre de cinq (1). Elles se répartissent ainsi : quatre gastro-entéro-anastomoses, une entérectomie pour gangrène herniaire. Deux malades ont succombé, mais dans aucun cas il n'y a eu de perforation ou de péritonite. Le premier insuccès a eu pour cause une oblitération de la lumière du bouton par des matières alimentaires, empêchant la malade de profiter des bénéfices de sa gastro-entéro-anastomose, et la laissant mourir des progrès de l'inanition; le second insuccès s'est présenté chez un homme déjà cachectique qui a succombé au choc augmenté par de légères hématémèses dues à la tumeur gastrique.

Les trois autres opérés ont eu des guérisons rapides et parfaites.

Discutant la *valeur de la méthode* nous avons cherché à montrer le peu de danger dû à une obstruction intestinale possible. Avec MM. Chaput et Lenoble nous croyons dangereux l'emploi du bouton de 27mm, aussi nous servons-nous d'un modèle de 23mm. Avec les modifications que nous avons apportées au modèle type, nous redoutons peu l'obstruction intestinale et, de fait, nous ne l'avons jamais observée.

Quant au rétrécissement tardif nos pièces expérimentales sont venues confirmer l'opinion des auteurs sur son absence.

Les avantages de ce procédé sont: *la rapidité, la solidité et la perfection de l'anastomose, la simplicité du manuel opératoire, l'inutilité de pratiquer l'hémostase.*

Ces différents avantages commandent les *indications* qui relèveront des entérectomies pour tumeurs, étranglement interne, gangrène herniaire surtout, etc. La solidité et la simplicité du manuel opératoire feront préférer ce procédé dans les gastro-entéro-anastomoses, la cure de certaines fistules stercorales, ou anus contre nature, les anastomoses des voies biliaires avec l'intestin.

Une contre-indication typique existe pourtant, c'est la possibilité, chez le malade, d'accidents antérieurs du côté du tube digestif ayant pu provoquer un rétrécissement de son calibre.

Les conclusions de ces premiers travaux ont été modifiées sur plusieurs points dans des mémoires ultérieurs.

(1) Nos observations sont actuellement au nombre de quinze comme on le verra dans l'analyse d'un mémoire ultérieur.

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE PAR L'ENTÉRECTOMIE ET LE BOUTON ANASTOMOTIQUE

a) **Résection intestinale snivant la méthode de Murphy.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, février 1895.

b) **Entérectomie avec bouton anastomotique pour gangrène herniaire.**
Société des Sciences Médicales de Lyon, juillet 1895.

c) **Dn traitement de la gangrène herniaire par le bouton anastomotique : cinq cas de guérison.**

Congrès français de Chirurgie, 1895.

d) **Gangrène herniaire, entérectomie avec bouton anastomotique. Guérison.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, janvier 1896,

e) **Maire : Traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée.**

Thèse de Lyon, 1895.

f) **Pla : de l'entéro-anastomose par le houton de Murphy modifié par Villard dans la hernie gangrenée.**

Thèse de Lyon, 1895.

g) **Jeunet : Du traitement de la gangrène herniaire par l'entérectomie et l'application dn bouton de Murphy-Villard.**

Thèse de Lyon, 1899.

h) **Blain : Résultats immédiats et éloignés de l'entérectomie avec houton de Murphy dans le traitement de la gangrène herniaire.**

Thèse de Lyon, 1900.

Nous nous sommes particulièrement attaché à l'étude de l'emploi du bouton anastomotique dans le traitement de la gangrène herniaire,

affection où il faut aller vite et pratiquer une réunion solide de l'anse intestinale reséquée. Les heureux résultats que nous avons obtenus par cette méthode nous ont encouragé dans cette voie et inspiré la série des travaux précédents. Nous avons pratiqué en France, et peut-être même en Europe, les deux premières résections intestinales pour gangrène de l'intestin suivies d'application du bouton anastomotique. Notre première observation date du 10 janvier 1895. Depuis, nous avons eu six fois recours à cette intervention (1) et, malgré l'extrême gravité de certains cas, nous avons eu six guérisons. Nous nous sommes toujours servi du bouton anastomotique modifié par nous et dont on pourra voir ci-contre le dessin. C'est le modèle de 23 millimètres que nous avons utilisé.

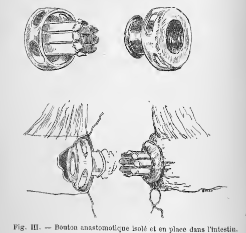


Fig. III. — Bouton anastomotique isolé et en place dans l'intestin.

Notre manuel opératoire a été le suivant : Tout préparer d'avance lorsqu'on soupçonne la gangrène pour pouvoir aller vite; attirer

(1) Nos observations sont actuellement au nombre de quatorze comme on le verra plus loin.

l'anse largement au dehors, poser une ou plusieurs ligatures sur le coin mésentérique répondant à la partie à réséquer; sectionner aux ciseaux l'intestin du côté du bout inférieur, les doigts d'un aide faisant l'office de pince à pression continue; pratiquer un surjet à la soie sur tout le pourtour de la tranche de section intestinale de façon à serrer celle-ci en bourse sur l'une des branches du bouton introduit dans son intérieur; pratiquer des manœuvres identiques sur le bout supérieur, articuler les deux moitiés en serrant fortement, vérifier l'adossement et réduire dans l'abdomen en faisant un large débridement de l'anneau; pour les hernies crurales, sectionner franchement les fibres internes de l'arcade de de Fallope.

L'application du bouton anastomotique présente de très nombreux avantages et nous nous sommes fait le défenseur de ce procédé, qui a donné de si bons résultats aux chirurgiens américains. En effet, entre la création d'un anus contre nature, infirmité dégoûtante, et l'entérectomie, opération radicale, le parallèle n'est pas soutenable théoriquement, mais, en pratique, le fait de l'état général très grave de certains malades qui ne peuvent supporter un choc opératoire considérable et, d'autre part, certains accidents d'infection péritonéale par défaut des sutures, font hésiter quelquefois les chirurgiens. Ces deux ordres d'accidents : choc opératoire, infection au niveau de l'entérorrhaphie qui appartiennent en propre à l'entérectomie avec suture sont supprimés lorsqu'on utilise le bouton anastomotique. Nous avons opéré, en douze minutes, une hernie étranglée avec résection intestinale. Le temps moyen ordinaire, tout compris, est d'environ un quart d'heure : le choc est donc réduit au minimum. Quant aux dangers de péritonite par filtration septique, ils sont faciles à comprendre dans l'entérectomie ordinaire. En effet, au cours d'un étranglement herniaire le bout supérieur est dilaté et congestionné; les matières et les gaz accumulés sous pression, aussitôt la continuité du tube digestif rétablie par l'entérorrhaphie, passent en débâcle au niveau de la ligne des sutures et la moindre imperfection de celles-ci laissera filtrer quelques gouttes septiques dans la cavité péritonéale. Si, en effet, on soumet à l'épreuve de l'eau sous pression une entérectomie avec entérorrhaphie faite sur le cadavre, il est bien rare de ne rien voir filtrer au niveau de la ligne de suture. Si on répète la même expérience après application d'un bouton anastomotique, l'intestin se rompra plutôt sous la pression que de laisser suinter le liquide au niveau de la ligne d'adossement des séreuses. Il nous semble donc que le bouton anastomotique pare aux inconvénients de l'entérorrhaphie. Il rend, pour ainsi dire, absolument nul le choc opératoire par la rapidité même de son application; quant aux dan-

gers de péritonite par filtration des liquides intestinaux au niveau du point anastomosé ils ne sont pas à craindre, car l'adossement n'est jamais aussi solide qu'immédiatement après la mise en place de l'appareil, c'est-à-dire au moment dangereux où les liquides et les gaz intestinaux passent en débâcle et sous pression au niveau du point réséqué.

Ces idées ont été défendues dans les thèses de Maire, de Pla, de Jeunet, de Blain; elles ont reçu, d'autre part, l'approbation de MM. Poncet, Gangolphe, Vallas, Nové-Josserand, dans les sociétés savantes de Lyon, ces auteurs ayant, nex aussi, rapporté des observations couronnées de succès par l'emploi de cette méthode.

Anus contre nature. — Entérectomie avec bouton anastomotique. — Guérison.

Société des Sciences Médicales, 1896, décembre.
— 1899, janvier.

Cette observation est celle d'un jeune homme de 11 ans, atteint d'anus contre nature, à la suite d'une intervention malencontreuse sur un foyer appendiculaire. La perforation intestinale siégeait haut, l'état général était mauvais. Une première tentative de suture ayant échoué, nous nous sommes décidé à faire une entérectomie avec bouton anastomotique, après une large laparotomie. Cette intervention fut suivie d'un plein succès, avec élimination du bouton au 7e jour.

De la valeur des boutons anastomotiques dans la chirurgie du tube digestif.

Lyon Médical, 1901.

Ce travail est, en quelque sorte, le résumé de l'expérience clinique que nous avons acquise pendant les sept années où nous avons utilisé les boutons anastomotiques. C'est là le résultat exclusif de notre pratique personnelle.

Nos interventions ont porté sur l'estomac sous forme de gastro-entéro-anastomoses, et sur l'intestin sous forme de résection intestinale pour cure radicale d'anus contre nature, et comme traitement de la gangrène herniaire.

Au début, très enthousiaste de cette méthode, nous en avons

exposé les avantages dans une série de communications ; à l'heure actuelle, les faits cliniques nous ont montré que les boutons anastomotiques, excellents dans certaines interventions, donnaient de moins bons résultats dans d'autres cas.

C'est ainsi que, dans les *gastro-entéro-anastomoses*, on est exposé à des insuccès, et l'emploi du bouton présente un certain nombre d'inconvénients. Nous avons pratiqué quinze gastro-entéro-anastomoses pour obstruction pylorique et nous avons eu cinq morts : deux dues à l'état trop cachectique des malades, une due à obstruction de la lumière du bouton par des pépins de raisins et, enfin, deux autres en rapport avec le défaut d'adhérences péritonéales. Ce fait, qui nous avait beaucoup frappé, s'est produit malgré des frictions mécaniques des surfaces péritonéales, destinées à favoriser la production des adhérences. Nous n'avons jamais observé chose semblable pour l'intestin ; il semble que l'irritation locale produite par le bouton anastomotique réagisse trop faiblement sur la séreuse gastrique.

En dehors de ce danger, très grave, un autre inconvénient résulte de la chute du bouton dans l'estomac, fait qui n'a pas, du reste, grande importance, mais qui n'en mérite pas moins d'être pris en considération, surtout lorsqu'il s'agit de sténoses cicatricielles. Nous n'avons noté que quatre fois des éliminations au dehors.

Par contre, les avantages de cette méthode sont, dans les gastro-entéro-anastomoses, la rapidité qui expose moins au choc les malades et la solidité qui permet d'alimenter de suite les sujets inanitiés, l'anastomose n'étant jamais aussi solide qu'au moment où l'on vient de la pratiquer.

Nous croyons donc qu'il faut réserver l'emploi des boutons anastomotiques dans les gastro-entéro-anastomoses, aux cas de malades épuisés dont l'état général réclame une intervention très rapide, et une alimentation immédiate.

Bien différente est la valeur du bouton de Murphy dans *la chirurgie de l'intestin* ; nous avons eu un succès remarquable pour la cure radicale d'un anus contre nature chez un enfant de 11 ans, et les résultats ont été merveilleux dans le traitement de la *gangrène herniaire*. C'est là véritablement une excellente intervention ; sur quatorze résections intestinales, nous n'avons eu qu'une mort due à une péritonite absolument indépendante de l'entérectomie.

Nous avons fait valoir, dans un article précédent, les raisons qui font de l'entérectomie, avec bouton anastomotique, une méthode de choix dans le traitement de la gangrène herniaire, nous n'y reviendrons pas, mais de nombreuses observations nouvelles sont venues nous confirmer dans notre première opinion. Les thèses de Jeunet,

1899, et de Blain, 1900, ont rapporté les résultats obtenus par les différents chirurgiens lyonnais, et elles concluent toutes deux à la valeur réelle de cette méthode thérapeutique.

En résumé, les boutons anastomotiques doivent être réservés à certains cas spéciaux dans la chirurgie de l'estomac, ils donneront, par contre, d'excellents résultats dans la chirurgie de l'intestin et tout particulièrement dans les gangrènes herniaires.

Mécanisme de quelques accidents consécutifs aux gastro-entéro-anastomoses.

Communication faite à la Société des Sciences Médicales, le 3 avril 1895.

Nous avons cherché à démontrer que le reflux de la bile dans la cavité gastrique, et l'accumulation des matières dans le bout supérieur de l'intestin anastomosé, étaient dus à ce que l'anastomose portait sur un point du jejunum trop rapproché de la terminaison du duodénum, car alors le bout superieur vient s'implanter droit dans l'estomac. L'expérimentation sur le cadavre montre que, dans ce cas, un liquide injecté dans le duodénum reflue en presque totalité dans la cavité gastrique ; si, au contraire, l'anastomose a porté sur une anse distante d'au moins 40 à 50 centimètres de l'angle duodéno-jejunal, cette anse s'accole parallèlement à la surface de l'estomac, et le liquide injecté passe à peu près totalement dans le bout inférieur. Il faut donc, en pratique, anastomoser toujours une anse intestinale distante d'au moins de 40 à 50 centimètres de la terminaison du duodénum.

DE LA GASTRO-DUODÉNOSTOMIE

Gastro-duodénostomie expérimentale. — Suites éloignées.

Société des Sciences Médicales, février 1895.

Dans cette communication faite par M. Tixier au nom de M. Jaboulay et de nous-même, nous avons montré les pièces anatomiques d'un chien chez lequel avait été pratiquée une anastomose de la première partie du duodénum avec l'estomac. Intervention faite au moyen de notre bouton de Murphy modifié.

Cet animal chez lequel l'opération et les suites s'étaient passées dans les meilleures conditions, avait été sacrifié quatre mois plus tard. L'examen des pièces montra une adaptation parfaite des tissus mis en présence et un bon fonctionnement de la bouche gastrique. Cette intervention nous avait permis de constater la possibilité de l'anastomose gastro-duodénale, facile du reste chez le chien, en raison de la mobilité du pylore, et à cette époque, où la valeur des boutons anastomotiques était encore à l'étude, elle nous avait montré dans ce cas, l'absence de tout rétrécissement cicatriciel secondaire. Le calibre de la nouvelle bouche stomacale était le même que celui qui lui avait été donné par le bouton, et, cependant, dans ce cas, le pylore était absolument sain et il manquait, par conséquent, cette dilatation mécanique certaine, que doit produire le passage des aliments dans les conditions ordinaires du rétrécissement pylorique.

Gastro-Duodénostomie.

Communication à la Société des Sciences Médicales, 28 avril 1897.

Nous avons pratiqué, dans ce cas, chez un malade atteint de sténose cicatricielle du pylore, une anastomose de l'estomac et de la deuxième partie du duodénum, ayant recours à un manuel opératoire spécial, non décrit et différent de celui utilisé déjà par notre maître, M. Jaboulay. Ce dernier, en effet, anastomose deux points pris sur la face antérieure du duodénum et sur la partie moyenne de la face antérieure de l'estomac, en formant ainsi une sorte de plicature au-devant du pylore ; dans ce cas, nous avons pris deux points correspondants : l'un sur la face gauche de la deuxième partie du duodénum, dans sa partie supérieure ; l'autre sur la partie droite de la grande courbure, c'est-à-dire deux points se regardant exactement face à face, et situés juste au-dessous de la sténose. Ce procédé est plus facile ; les deux points à anastomoser étant plus proches l'un de l'autre, aucune traction ne s'exerce sur les sutures.

Cette première intervention nous ayant permis de constater la possibilité de pratiquer chez l'homme, l'anastomose gastro-duodénale avec la deuxième partie, nous avons persévéré dans cette voie et nos observations ont été rapportées dans les mémoires suivants :

a). **De la Gastro-duodénostomie sous-pylorique.**

Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, février 1900.

b). **De la Gastro-duodénostomie sous-pylorique.**

Revue de Chirurgie, 1900.

c). **De la Gastro-duodénostomie sous-pylorique.**

Grollier, Th. Lyon, 1900.

Nous avons donné le nom de gastro-duodénostomie sous-pylorique à une intervention qui consiste à anastomoser la deuxième partie du duodénum avec la naissance de la grande courbure de l'estomac, au niveau de son extrémité droite; c'est-à-dire deux régions anatomiquement face à face. Cette opération, que nous avons été le premier à concevoir et à pratiquer, nous semble devoir prendre place entre la pyloroplastie et les gastro-entéro-anastomoses, dans le traitement des sténoses pyloriques.

Nous avons eu recours cinq fois à cette opération; seule, notre première intervention nous a donné un insuccès, chez un malade atteint de sténose cicatricielle et arrivé au dernier degré d'inanition. L'anurie était presque complète, la voix était éteinte et l'amaigrissement considérable. Cet échec ne peut être imputé au procédé opératoire.

Deux de nos autres cas s'adressèrent à des sténoses cancéreuses dues à des néoplasmes de la petite courbure, avec envahissement secondaire du pylore. Ces deux malades eurent une augmentation rapide du poids, et une réapparition presque immédiate de la sensation de faim.

Une troisième opérée, atteinte de sténose, probablement inflammatoire, a, depuis deux ans, engraissé de 23 kilogrammes, et repris ses fonctions ordinaires.

Le dernier opéré le fut pour des accidents d'ulcère gastrique en évolution avec hématémèses, douleurs et vomissements incoercibles; les accidents disparurent peu après l'intervention.

Au point de vue de la technique opératoire, nous avons beaucoup insisté, comme dans toutes les interventions sur l'estomac, sur la nécessité des lavages gastriques évacuateurs préalables.

Une laparotomie médiane, en grande partie sus-ombilicale, découvre la région; on attire l'estomac et, autant qu'on le peut, la deuxième partie du duodénum; deux fils reliant les deux organes à anastomoser, sont immédiatement passés aux deux extrémités de la future ligne de suture d'adossement (fig. 1). Ces deux fils, dont les

bouts ne sont pas sectionnés, servent de tracteurs, juxtaposen les surfaces séreuses, et sont d'une très grande utilité. Aussitôt, un

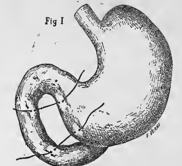


Fig. I. — Placement des deux premiers points de juxtaposition.

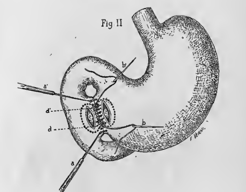


Fig. II. — Suture séro-séreuse postérieure, ouverture de l'estomac et du duodénum. — (*aa'*), fils tracteurs ; (*bb'*), extrémité du surjet séro-séreux postérieur.

surjet séro-séreux, à points arrêtés, unit la deuxième partie du duodénum et la naissance de l'antre pylorique au voisinage de la grande courbure (fig. 2). Le fil de ce surjet doit être long et ne doit pas être coupé, il servira, tout à l'heure, à continuer en avant le surjet séro-séreux. L'estomac et le duodénum sont alors ouverts. Une suture muco-muqueuse en surjet, arrêtée tous les trois points, abouche les deux orifices l'un à l'autre, et il ne reste plus qu'à reprendre le fil postérieur, a continuer le surjet séro-séreux en avant et l'intervention est terminée; elle a duré environ 20 à 25 minutes en tout (fig. 3 et 4).

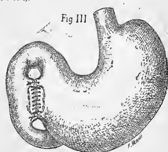


Fig. III. — Gastroduodénostomie sous pylorique. — Opération terminée.

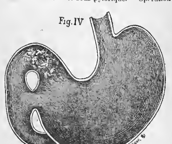


Fig. IV. — Coupe schématique de l'estomac après la gastro duodénostomie.

Telle est l'opération schématique; on peut y ajouter une modification; en effet, l'incision gastrique peut porter soit sur la face antérieure de l'estomac, soit sur sa face postérieure, en arrière de la ligne d'insertion du grand épiploon. Nous avons eu recours, dans les deux dernières observations, à cette dernière incision, que nous croyons préférable : il suffit de dilacérer la toile épiploïque; on est plus à l'aise, ensuite, que si l'on attire l'estomac en avant d'elle, lorsque l'ouverture gastrique a porté sur la face antérieure.

Quels sont les avantages de la gastro-duodénostomie sous-pylorique? Le premier c'est que, après cette intervention, les conditions physiologiques sont à peu près normalement rétablies, les produits de la digestion gastrique sont déversés au-dessus de l'ampoule de Vater et bénéficient de l'action digestive des sucs pancréatiques et biliaires, sans qu'il y ait reflux de ces liquides dans l'estomac.D'autre part, c'est là une intervention de courte durée, ne nécessitant qu'une anastomose.

Enfin, on peut dire que la gastro-duodénostomie sous-pylorique présente tous les avantages de la pyloroplastie, sans en avoir les difficultés opératoires, dans les cas où il existe de la périgastrite étendue et qu'elle évite les inconvénients des gastro-entéro-anastomoses.

La pyloroplastie a, en effet, pour indication type les sténoses cicatricielles; aussi, souvent, pour la pratiquer, devra-t-on faire des sutures dans un tissu induré, peu propre à créer des adhérences nouvelles, et surtout difficile à faire glisser, comme cela est nécessaire pour obtenir une bonne dilatation.D'autre part,la pyloroplastie, trop voisine des tuniques envahies, ne pourra être utilisée dans les cas de cancer du pylore; la gastro-duodénostomie étant pratiquée en tissu sain et suffisamment loin de l'orifice pylorique sera, au contraire, de mise dans les cas que nous préciserons dans un instant.

Les avantages de la gastro-duodénostomie sur les entéro-anastomoses sont plus marqués. En effet, ou bien ces gastro-entéro-anastomoses sont faites par des procédés simples, et alors elles exposent, dans une certaine proportion, au *circulus viciosus*, où elles sont faites par des anastomoses combinées et elles réclament alors un temps opératoire plus long et deux anastomoses, comme dans le procédé en Y, de Roux.

Enfin, quelque précaution que l'on prenne dans le manuel opératoire, *toujours les analyses du chimisme stomacal montrent, après ces interventions, la présence des sucs pancréatiques et de la bile dans l'estomac*, substances qui amènent quelques

troubles digestifs légers, il est vrai. *Avec la gastro-duodénostomie sous-pylorique, tous ces inconvénients sont évités.*

L'examen des fonctions gastriques permet de comprendre l'amélioration constatée. En effet, au point de vue des apparences, les phénomènes digestifs se montrent comme absolument normaux, nos malades pouvant ingérer, et cela sans fatigue consécutive, tous les aliments. L'examen attentif du fonctionnement gastrique a confirmé les sensations ressenties par nos opérés ; cet examen a porté sur la capacité de l'estomac, sur sa contractilité et sur son chimisme.

Chez nos deux malades la *rétraction des parois* gastriques après l'intervention a été rapide et complète; il s'agissait pourtant de dilatations considérables, puisque la grande courbure descendait dans les deux cas jusqu'au voisinage du pubis, et que l'estomac distendu par l'accumulation des aliments, remplissait à peu près tout l'abdomen, soulevant la paroi abdominale, donnant ainsi l'illusion d'un certain degré d'embonpoint. Un mois et demi après la gastroduodénostomie, la percussion de l'estomac montrait celui-ci revenu sur lui-même et la pompe stomacale n'accusait aucun résidu dans l'intervalle des digestions. Ce retour rapide du viscère à ses dimensions normales pouvait du reste être prévu, car au cours de la laparatomie, alors qu'il venait d'être soumis à des lavages évacuateurs soigneux, ses parois offraient une rétraction à peu près complète. Comme le signalent MM. Terrier et Hartmann à propos des gastro-entérostomies, le retrait de la paroi gastrique est plus rapide lorsqu'il s'agit de sténoses cancéreuses, c'est-à-dire de rétrécissements à évolution rapide; nos deux observations confirment ces vues.

L'examen de la *motricité* nous a montré également celle-ci revenue normale, c'est-à-dire que nous avons constaté la disparition des contractions musculaires exagérées et pourtant la réalité d'un travail suffisant pour l'évacuation du contenu gastrique. En effet, les contractions péristaltiques ont disparu immédiatement après la constitution de l'anastomose et ne se sont plus manifestées depuis. D'autre part, la contractilité nous a paru suffisante, car l'évacuation du chyme s'est toujours faite sans lenteur et complètement. C'est, du reste, ce que nous a montré l'étude directe de la digestion gastrique après la gastroduodénostomie.

L'examen du contenu de l'estomac, après les repas d'épreuves, et *du chimisme* du suc gastrique nous a fait voir tout d'abord, comme nous venons de le dire, qu'il n'y avait *pas de stase à jeun*. Les lavages ne nous ont jamais permis de ramener de débris alimentaires; nous ne voulons pas conclure de nos observations que

cet heureux résultat sera constant; nous l'avons pourtant constaté dans tous nos cas. D'autre part, il n'a pas semblé qu'il y ait de lenteur appréciable dans la rapidité de la digestion; c'est là un fait en contradiction avec ce que l'on observe dans les gastro-entérostomies ordinaires; nous croyons qu'il faut y voir deux causes: la première est peut-être un fonctionnement plus parfait de la bouche stomacale dans les gastroduodénostomies sous-pyloriques, celle-ci étant plus anatomiquement et plus physiologiquement placée que dans les autres entéro-anastomoses, et aussi parce qu'à la suite de cette intervention le chimisme est beaucoup moins modifié qu'avec les autres procédés.

Si dans nos observations il ne semble pas que l'acidité gastrique ait subi de grandes variations, l'examen du suc gastrique nous a toujours montré *l'absence absolue des éléments de la bile*. Nous croyons qu'il s'agit là d'un facteur qui a une certaine importance et qui mérite d'attirer l'attention. Le reflux de la bile dans l'estomac après la gastro-entérostomie est d'une excessive fréquence ; Carle et Fantino disent que la présence de la bile dans l'estomac peut être considérée comme la règle; MM. Terrier et Hartmann constatent que dans certains cas même ce reflux a lieu en quantité si considérable qu'il s'agit d'une véritable inondation de l'estomac. Certes on est bien revenu à l'heure actuelle sur l'importance de ce phénomène auquel on attribuait, lors du début des gastro-entérostomies, tous les accidents du circulus viciosus. Les expériences de Dastre, de Ruggero, de Odi, de Masse, sont venues démontrer le peu de troubles apporté dans la digestion par le mélange de la bile avec le suc gastrique, et les cas de cholécysto-gastrostomie de M. le Professeur Terrier et de Jaboulay, en France, de Max Wickhoff et de Angelberger, en Autriche sont venus confirmer les données expérimentales. Nous croyons pourtant que si les expériences et les faits cliniques précédents sont venus démontrer que la bile pouvait être tolérée dans l'estomac, l'arrivée de ce liquide doit être évitée autant que possible. C'est ainsi qu'il est fréquent après les gastro-entérotosmies, faites même pour des rétractions cicatricielles du pylore, de voir un abaissement considérable de l'acidité du suc gastrique, celle-ci pouvant même disparaître. Cette hypo-acidité est très vraisemblablement sous la dépendance de l'adjonction de la bile. D'autre part, c'est la même pathogénie, nous semble t-il, qu'il faut invoquer pour expliquer la lenteur de la digestion gastrique qui se prolonge au delà des limites normales.

Ces considérations nous permettent de poser les indications de la gastro-duodénostomie. Elle sera indiquée pour des sténoses néoplasiques et pour des sténoses cicatricielles.

Dans le cas de néoplasme du pylore, étant donné la proximité relative de la bouche anastomotique, il faudra limiter les indications aux cas où il s'agira de cancer de la petite courbure avec propagation pylorique et tendance à l'envahissement du petit épiploon; la pylorectomie n'étant pas de mise, la gastro-duodénostomie devra être préférée à la gastro-entéro-anostomose, pour les raisons énumérées plus haut; au contraire, cette dernière intervention relèvera des cancers ayant envahi tout le pylore ou ayant débuté dans la région pancréatique.

Dans les sténoses cicatricielles, la gastro-duodénostomie aura pour indication les cas où la pyloroplastie ne pourra être utilisée; c'est-à-dire ces faits où une périgastrite étendue, où des adhérences solides et résistantes, où une induration ligneuse des tuniques de l'estomac et de la première portion du duodénum rendraient l'autoplastie impossible ou seulement difficile et, par conséquent, dangereuse.

Comme on le voit, la gastro-duodénostomie ne se présente pas comme une opération de choix, destinée à remplacer les opérations plus anciennes, mais il faut la considérer comme un nouveau moyen à opposer à la sténose du pylore; ses indications sont, évidemment, limitées; mais, dans les cas que nous venons de préciser, elle rendra d'utiles services aux malades.

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE

a). **Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Guérison.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, décembre 1896.

b). **De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.**

Congrès pour l'avancement des Sciences, St-Etienne, 1897.

c). **De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.**

Gazette Hebdomadaire, 1898.

Entre les deux méthodes typiques de traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, la dilatation, méthode habituelle,

et la gastrotomie qui s'adresse aux cas où le traitement précédent a échoué, se place, selon nous, une méthode intermédiaire que l'on pourrait dénommer la gastrostomie temporaire. L'ouverture de l'estomac, dans les cas de rétrécissements cicatriciels, ne doit pas être considérée comme définitive, mais comme une opération destinée à gagner du temps, à mettre l'œsophage au repos, à supprimer l'élément spasmodique ou inflammatoire et à permettre de reprendre le cathétérisme et l'alimentation normale momentanément suspendue.

Ces considérations nous ont été suggérées par l'étude de deux observations inédites, l'une qui nous est personnelle, l'autre que nous devons à M. Jaboulay.

Dans le premier cas nous avons gastrostomisé, une femme de 45 ans, atteinte de rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage, cette malade depuis dix jours n'avait rien pu avaler, elle était réduite à un état d'inanition très avancé, son poids n'était plus que 39 kilogs. Dix jours après la gastrostomie, on pouvait recommencer le cathétérisme œsophagien avec des bougies filiformes. Depuis, cathétérisme dilatateur régulièrement pratiqué. Fermeture de la fistule deux mois et demi après la gastrostomie ; actuellement guérison absolue.

Le second cas, dû à M. Jaboulay, est identique ; une gastrotomie, pratiquée presque in extremis, permet à la malade de recouvrer au bout de vingt jours, le cathétérisme œsophagien, et une guérison complète est obtenue dans la suite.

De nombreux cas semblables ont été publiés déjà; c'est ainsi que Lefort dans 16 cas, voit 13 malades retrouver la perméabilité œsophagienne.

Toutes ces observations et celles qui nous sont personnelles viennent à l'appui de l'idée que nous défendons. Dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage le gastrostomie ne doit pas être considérée comme une opération définitive, mais une opération temporaire.

En effet, l'élément spasmodique et inflammatoire jouant un rôle considérable dans la transformation de rétrécissements serrés ou rétrécissements infranchissables, la gastrostomie aura la plus heureuse influence, en mettant au repos l'œsophage, en soutenant les forces du malade jusqu'à ce que le cathétérisme dilatateur puisse être pratiqué de nouveau.

Pylorectomie avec ligature en masse.

Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, juillet 1893.

Nous avons eu recours chez le malade qui fait l'objet de cette communication à un procédé un peu spécial de pylorectomie, procédé qui nous parait présenter quelques sérieux avantages. En 1894, déjà, nous avions pratiqué chez des chiens des résections expérimentales du pylore en ligaturant en masse les tuniques duodénales et gastriques au moyen d'un gros cordonnet de soie. C'est un manuel opératoire identique que nous avons suivi dans le cas présenté.

Le pylore et la région pylorique étant rapidement attirés au dehors, l'estomac et le duodénum furent enserrés l'un et l'autre dans une solide ligature en masse à la soie, en dehors des limites du néoplasme; des pinces ayant été placées sur les épiploon, la tumeur put dès lors être facilement enlevée.

Ces deux moignons furent traités de la manière suivante. Du côté de l'estomac, le moignon fut enfoui dans une plicature des tuniques de l'organe, fixé dans cette position par une suture séro-séreuse en surjet. Le bout duodénal fut abouché par des sutures méthodiques à la face postérieure de l'estomac. L'intervention n'a pas duré plus de 50 minutes.

Ce procédé nous paraît présenter un certain nombre d'avantages. Tout d'abord la rapidité opératoire. Cette rapidité est due à la grande facilité qu'il y a dans le placement des sutures, et aussi à l'inutilité de s'occuper de l'hémostase qui est assurée par la ligature en masse. D'autre part, la ligature s'oppose à l'issue du contenu stomacal pendant l'intervention, et lorsque celle-ci est terminée elle protège la ligne des sutures en la soustrayant au contact des liquides gastriques jusqu'au moment où elle tombe dans l'estomac après sphacèle des tissus serrés, mais à ce moment-là existent de solides adhérences.

Sténose pylorique chez un enfant. — Pyloroplastie. — Guérison.

Société Nationale de Médecine de Lyon, juin 1900.

Nous avons observé avec M. Leclerc, médecin des hôpitaux, un enfant de 16 ans, atteint de sténose acquise du pylore. Cette sténose remontait à l'âge de 6 ans, elle était incomplète, mais suffisante pour déterminer des vomissements très fréquents et compromettre l'état

général du malade. Il en était même résulté un véritable arrêt de développement, caractérisé par une taille petite, un aspect glabre du pubis, et un petit développement des organes génitaux.

La laparotomie nous a permis de constater, chez ce malade, un pylore en apparence normal, mais contenant dans l'épaisseur de ses parois une plaque dure de consistance cartilagineuse, rétrécissant beaucoup la lumière de l'intestin. Il en était résulté une énorme dilatation de l'estomac. Une large pyloroplastie a assuré une guérison définitive. Ce jeune malade a rapidement engraissé, et actuellement son développement se fait normalement.

Il nous est resté un doute sur la nature de cette sténose, nous avons pensé pourtant qu'il s'agissait là, probablement, d'une lésion tuberculeuse de la sous-muqueuse analogue à celles que l'on observe au niveau du cœcum. Cette hypothèse étant appuyée du reste, sur la constatation au cours de l'opération de plusieurs petites masses ganglionnaires juxta-pyloriques rappelant l'aspect des ganglions tuberculeux.

---

a). **Perforation de l'estomac par ulcère. — Laparotomie. — Guérison.**

Société des Sciences Médicales, novembre 1900.

b). **Perforation de l'estomac par ulcère, laparotomie. — Gastrostomie temporaire. — Guérison.**

Province Médicale, 1901.

Les cas de guérisons à la suite d'interventions ou des perforations gastriques ulcéreuses sont assez rares, et la conduite chirurgicale vis-à-vis de l'ulcère n'est pas encore nettement déterminée. Il nous a été donné d'observer un malade atteint de perforation de l'estomac par ulcère, chez lequel après laparotomie, nous avons été conduit à pratiquer une gastrostomie, opération en apparence paradoxale. Cet homme que nous avons opéré environ huit heures après le début des accidents, présentait un très large ulcère de la petite courbure, ouvert dans la loge hépato-gastrique. Au moment de l'intervention un liquide roussâtre fusait déjà vers la grande cavité péritonéale. Malgré toutes nos tentatives, il nous fut impossible : 1° de suturer la perforation gastrique, l'ulcère étant très large, et d'autre part, les tuniques de l'estomac au niveau de la petite courbure se déchirant sur les fils à suture ; 2° de réséquer les tissus malades, étant donné leurs dimensions. Nous avons été conduit alors à une inter-

vention de nécessité, consistant dans la suture de l'estomac à la paroi abdominale, et dans la création d'un cloisonnement limitant la région de l'ulcère; en somme, nous avons transformé la perforation en un véritable orifice de gastrostomie.

Les suites furent remarquablement simples, les phénomènes de péritonite cédèrent rapidement; peu à peu les liquides gastriques passèrent moins abondamment par la perforation, et un mois après, la bouche stomacale était oblitérée.

Ce cas nous a paru intéressant à plusieurs points de vue: tout d'abord, en raison de l'intervention paradoxale qui a été pratiquée; ensuite par le fait que ce malade fut guéri complètement de ses accidents d'ulcère. Revu plusieurs mois après l'opération, il ne ressentait aucun de ses malaises antérieurs et s'alimentait comme tout le monde. Deux mécanismes nous paraissent pouvoir être invoquées pour expliquer ces résultats : 1° l'action favorable de l'abouchement à la paroi des bords de l'ulcère permettant ainsi la désinfection du foyer ulcéreux, et l'action topique des pansements; 2° l'action favorable de la perforation amenant un véritable drainage de l'estomac, parant ainsi à la stagnation gastrique, des sécrétions exagérées et hyperacides que l'on observe dans les cas d'ulcère.

Etranglement interne causé par l'appendice.

Société des Sciences Médicales, février 1899.

Il s'agit d'un cas d'étranglement de l'intestin grêle par l'appendice qui le croisait transversalement et jouait le rôle d'une bride fibreuse. Le sommet de l'appendice était fixé par une adhérence pathologique, disposition qui avait déterminé les phénomènes d'étranglement. La laparotomie latérale droite permit très facilement de reconnaître l'obstacle, et de rétablir le cours des matières; la malade guérit sans incident.

Sur une variété rare de hernie transpariéto-pro-péritonéale.

Arch. provinc. de Chirurgie, 1892.

Nous avons rapporté là un cas très rare, croyons-nous, de hernie pro-péritonéale, car il s'agissait d'une variété absolument indépendante de toute relation avec le canal inguinal et en rapport avec un

sac inhabité dont le trajet se trouvait au travers de la paroi abdominale.

En dehors des phénomènes cliniques qui ont été ceux d'un étranglement interne, l'intérêt de ce cas réside dans sa rareté et dans les déductions que l'on peut en tirer au point de vue de la pathogénie des hernies pro-péritonéales.

La presque totalité des hernies pro-péritonéales a trait à des variétés inguinales; nous ne connaissons pas de cas analogues à celui que nous avons recueilli dans le service de M. le Professeur Pollosson.

Au point de vue pathogénique, il faut ici rejeter le mécanismo invoqué par Ramonède qui fait de la poche pro-péritonéale une dilatation de l'ampoule supérieure du conduit vagino-péritonéal. Nous pensons plutôt qu'il faut admettre le mécanisme invoqué par Rokitansky, Baer, Broca qui ont signalé, au voisinage de l'anneau inguinal des diverticules péritonéaux et en font le point de départ de cette variété de hernie. La hernie, primitivement intra-abdominale, pousse dans la suite un prolongement extérieur qui, dans le cas que nous rapportons, s'est fait au travers de la paroi abdominale au niveau du bord externe du grand droit. Il semble donc que la possibilité du mécanisme invoqué par Rokitansky et Broca soit manifeste dans notre observation.

Calcul du cholédoque. — Obstruction duodénale par adhérences. — Cholicystotomie.

Chez une malade atteinte d'ictère chronique intense par calcul du cholédoque, et de phénomènes d'obstruction duodénale, nous avons, après laparotomie, extrait un assez volumineux calcul, mobile dans le cholédoque dilaté. Nous avons pu faire refluer, par des manœuvres de pression méthodique, le calcul dans la vésicule bilaire et l'extraire par la cholécystotomie. Une libération digitale du duonénum a permis de rétablir la circulation des matières dans l'intestin grêle.

Nous avons insisté, dans cette communication, sur :

1° L'utilité, au point de vue opératoire, de pratiquer une laparatomie médiane, qui évite l'hémorragie, supprime la gêne produite par la sangle musculaire et surtout donne plus de jour qu'une incision latérale qui atteint beaucoup plus tôt le rebord des fausses côtes;

2° La possibilité d'extraire certains calculs du cholédoque par la

cholécystotomie, opération plus simple, plus superficielle, exposant moins aux dangers d'infection péritonéale;

3° Les bons résultats fournis par la libération du pylore dans les cas d'obstruction mécanique par adhérence.

PHLÉBITE ET APPENDICITE

---

a) **Phlébite gauche et appendicite** (En collaboration avec M. VIGNARD.

Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 1900.

b) **Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite** (En collaboration avec M. VIGNARD).

Revue de Chirurgie, janvier 1901.

Aux complications pleurales, hépatiques ou musculaires, signalées au cours de l'appendicite, on peut en ajouter d'autres où l'infection, empruntant la voie sanguine générale, a donné naissance à des manifestations éloignées sans aucun rapport avec le foyer primitif.

C'est ce que nous avons observé dans deux cas de phlébites gauches survenues chez des malades atteints d'appendicite en évolution.

A ces deux faits qui nous sont personnels nous avons ajouté un cas intéressant dû à l'obligeance de M. le professeur Terrier, et un autre semblable dû à M. le professeur Poncet observé cette année dans sa clinique. Enfin, en réponse à une demande de renseignements à ce sujet, M. Roux, de Lausanne, nous a dit avoir observé plusieurs exemples de phlébite survenant à toutes les périodes de l'appendicite et, plus particulièrement, de phlébite gauche.

Celle-ci peut apporter certaines difficultés et être la cause d'hésitations dans le diagnostic, quand il s'agit d'appendicite anormale pelvienne par exemple. C'est ainsi que, pour un de nos malades, le diagnostic d'appendicite, porté d'une façon assez ferme, faillit être abandonné quand apparurent les signes de thrombose à gauche, au profit d'une lésion sigmoïdienne ou rénale.

Cette phlébite n'est probablement que la manifestation d'une infection générale de l'organisme partie du foyer appendiculaire et non une lésion de contiguïté. Disons, tout d'abord, que cette complication survient aussi bien après l'opération à froid, c'est-à-dire en dehors de tout accident septique appréciable, qu'au cours d'accès aigus.

Il faut admettre que le foyer appendiculaire a été, avant même qu'on y touche, la cause d'une infection suffisante de l'organisme pour déterminer l'obstruction des veines iliaques, l'opération elle-même n'étant pour rien dans l'apparition des accidents. Ce mécanisme est bien mis en lumière dans un de nos faits publié dans la *Revue de Chirurgie*, observation II.

Il s'agissait d'un homme chez lequel s'était formé profondément, dans l'excavation pelvienne, un foyer appendiculaire purulent. Le diagnostic étant incertain, l'opération fut retardée, l'infection générale eut le temps de se produire et la thrombose veineuse fut réalisée sans que le chirurgien fût intervenu.

S'agirait-il d'une phlébite au contact d'un foyer suppuré d'appendicite? A vrai dire, la localisation à gauche pourrait s'expliquer pour certains faits d'ectopie appendiculaire, dans lesquels cet organe a été retrouvé jusque dans la fosse iliaque gauche, témoin un cas rapporté par M. Fochier (1), où un appendice, démesurément long, suivait le détroit supérieur en arrière pour venir aboutir dans la fosse iliaque gauche en croisant les vaisseaux.

Mais, alors, la phlébite devrait être encore bien plus fréquente à droite. Or, elle nous a semblé encore bien plus exceptionnelle que la localisation gauche, puisque nous n'en avons pas retrouvé d'exemple ni personnellement, ni dans la littérature médicale. L'hypothèse d'une infection métastatique est donc la seule plausible et sa localisation sur le membre inférieur gauche n'a rien qui doive nous étonner. Cette localisation des thromboses infectieuses à gauche est signalée par tous les auteurs, sans qu'on en ait jamais donné de raisons péremptoires.

La notion de l'infection générale comme cause de la phlébite gauche nous semble donc acquise et il nous paraît légitime d'admettre que cette infection a eu son point de départ au niveau de l'appendice enflammé, bien que certains auteurs, Sahli, Merklen et, plus récemment, MM. Tripier et Paviot (2) aient voulu faire de l'appendicite la localisation secondaire d'une maladie infectieuse généralisée.

La thrombose veineuse paraît imprimer un caractère plus grave à la maladie. Chez trois de nos malades sont survenus des accidents redoutables qui ont amené la mort dans deux cas.

Une conclusion thérapeutique se dégage de cette constatation : c'est la nécessité de parer le plus rapidement possible à l'intoxication de

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1900.
(2) *Semaine Médicale*, 1899.

l'organisme par l'ouverture du foyer purulent ou la résection de l'appendice enflammé.

Quand la phlébite survient avant toute intervention, elle ne constitue pas une contre-indication opératoire, à la condition de prendre les précautions nécessaires pour éviter de déplacer un fragment du caillot. Le traitement de la thrombose elle-même ne comporte pas d'autres indications que celles qui sont habituellement utilisées en pareille circonstance.

IV. — TUMEURS

Anévrysme artérioso-veineux de l'avant-bras.

Gazette des Hôpitaux, 1893.

Nous avons observé, dans le service de M. le Professeur Poncet, un malade qui, à la suite d'un coup de couteau, présentait un anévrysme artérioso-veineux de l'artère et des veines radiales. L'intérêt de ce cas réside dans la rareté des anévrysmes artério-veineux de cette région — nous n'en avons trouvé rapporté aucun cas dans le travail de Delbet — et aussi dans certaines particularités cliniques. C'est ainsi que si le thrill se retrouvait nettement dans tout le trajet de la radiale, la dilatation veineuse était complètement absente, fait facilement explicable, étant donné les nombreuses anastomoses veineuses de la région. Le traitement a consisté dans l'extirpation entre quatre ligatures; guérison par première intervention.

Des tumeurs nœviformes sudoripares (en collaboration avec M. Paviot (de Lyon).

(a) Communication au Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895.

(b) Province Médicale, 1896.

(c) Deux cas de tumeurs nœviformes sudoripares. — Soc. Sc. Médicales, octobre 1899.

(d) Discussion sur les tumeurs nœviformes sudoripares.—Soc. Sc. Médicales, mars 1900.

Nous avons dans ces articles appelé l'attention sur certaines tumeurs de la peau, ayant l'apparence et les caractères cliniques des *nœvi-materni* mais constitués histologiquement par des *adénomes sudoripares avec un développement parallèle telangiectasique des vaisseaux des glandes.*

Depuis nos premières communications qui ne visaient que quelques cas que nous considérions comme des raretés, nous avons rencontré un grand nombre de faits semblables, nous avons examiné à l'heure actuelle une trentaine de ces tumeurs, et nous sommes forcé d'arriver à cette conclusion qui peut paraître curieuse, à savoir que la plupart des nœvi-materni ne sont pas des tumeurs erectiles au sens exact du mot, mais bien des tumeurs épithéliales des glandes sudoripares, qui se sont accompagnées d'une vascularisation exagérée.

Les tumeurs se développent en effet deux ou trois jours après la naissance, et leur apparition coïncide avec l'époque de développement des glandes sudoripares. Les préparations histologiques démontrent nettement qu'il ne s'agit pas là de néoformations capillaires englobant des glandes sudoripares normales. Il y a une prolifération désordonnée de l'épithélium des glandes, les boyaux épithéliaux s'enfoncent un peu dans toutes les directions Les vaisseaux sont très abondants, très dilatés et c'est surtout dans leurs adventices que les tubes glandulaires se développent et se pelotonnent. Sur les différentes préparations on peut décrire tous les degrés d'altération des éléments épithéliaux, presque toujours l'adénome, mais aussi l'épithéliome tubulé et une fois nous avons rencontré le carcinome. Du reste nous avons observé un cas de généralisation.

Ces tumeurs au point de vue symptomatique ont une teinte rouge vineuse, sont peu saillantes, sans aucune tendance à l'ulcération, bref constituent les *fraises* ou *envies* du vulgaire. Certains caractères cliniques peuvent pourtant faire soupçonner la nature vraie de ce faux nœvi :

1° *Leur vascularisation moindre*, se traduisant par une *irréductibilité incomplète*, *l'absence de gros vaisseaux à la périphérie*, la disparition très facile de la coloration sous l'influence d'une compression légère, enfin l'absence d'hémorragie lors de l'excision chirurgicale.

2° *La sensation d'une tumeur persistante* malgré une pression énergique, comme après l'ablation du néoplasme.

3° *L'extension* se manifestant soit localement, soit à distance sur d'autres points du tégument.

Ces considérations anatomo-pathologiques et cliniques nous ont fait conclure qu'il fallait éviter les interventions intempestives pouvant irriter l'élément épithélial de ces tumeurs, et provoquer leur accroissement, comme il nous a été donné d'en observer un exemple.

Conformément aux conclusions déjà formulées par M. le Professeur Terrier, à propos des tumeurs érectiles, nous pensons que l'ablation large au bistouri est le traitement de choix.

Volumineux fibrôme utérin

Sociétés des Sciences Médicales, Lyon, juillet 1895.

Présentation d'un volumineux fibrôme utérin de 17 kilos 500 enlevé par laparotomie. Suites simples. Guérison.

Myxo-lipôme de la cuisse. — Présentation du malade.

Société des Sciences Médicales, Lyon, juillet 1896.

Myxo-lipôme de la cuisse. — Présentation de la tumeur.

Société des Sciences Médicales, juillet 1896.

Il s'agissait d'une très volumineuse tumeur appendue à la face supéro-interne de la cuisse, développée lentement. Cette tumeur, de consistance ferme et inégale se prolongeait profondément entre les masses musculaires, le long de la gaine des vaisseaux. Elle était composée par un mélange de tissu muqueux et de tissu graisseux. Son ablation, qui nécessita une dissection étendue des vaisseaux fémoraux, ne s'accompagna d'aucun incident.

Des cas analogues ont été groupés dans la thèse de Clerc (Lyon 1896), dont cette observation a été le point de départ.

Un cas de botryomycose humaine.

Rapporté dans le mémoire de MM. les professeurs A. Poncet et L. Dor.
Congrès français de Chirurgie, 1897.

Ce cas a été le troisième observé ; nous avons fait le diagnostic ayant observé les deux premiers. Il s'agissait d'un homme de 32 ans qui, à la suite d'une piqûre de l'éminence thénar, vit apparaître, un mois plus tard, une petite tumeur rouge, vasculaire, saignant au moindre contact, et relativement pédiculée, bref, présentant tous les caractères cliniques assignés par MM. Poncet et Dor aux lésions de botryomycose. L'ablation de cette tumeur, facilement pratiquée, ne fut pas suivie de récidive.

V. — DIVERS

Gangrène symétrique des extrémités.

Lyon Médical, 1890, t. 65, p. 195.

Il s'agissait d'un malade atteint de maladie de Raynaud localisée aux membres supérieurs. Les doigts étaient violacés, froids avec un abaissement très marqué de la température locale (23°); les phalanges étaient en voie d'élimination.

Chancre syphilitique chez un verrier.

Société des Sciences Médicales, Lyon, 23 juillet 1890.

Un cas de chancre de la lèvre dû à la contagion par la canne à souffler le verre.

Mort subite chez une accouchée.

Lyon Médical, 1892, t. 71, p. 478.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que cette femme succomba, comme c'est la règle dans les cas d'embolies puerpérales, au 15e jour après son accouchement. L'autopsie montra un caillot volumineux dans le cœur droit et un autre dans l'artère pulmonaire. Le point de départ de l'embolie avait été une phlébite de la veine utéro-ovarienne droite; l'extrémité du caillot flottait dans la lumière de la veine cave. Quelques phénomènes douloureux et une réaction fébrile de 39° avaient accompagné l'évolution de la phlébite. Cette femme présentait, en outre, un utérus bicorne avec cloison médiane dans la moitié supérieure.

Ablation de l'omoplate.

Lyon Médical, 1893, t. 74, p. 452.

Nous avons rapporté, dans ce cas l'observation d'un malade âgé de 52 ans, atteint de tuberculose de l'articulation scapulo-humérale droite, ayant nécessité la résection, mais chez lequel l'extension des lésions à l'omoplate força, plus tard, à l'ablation de cet os en entier. C'est là un des cas rares d'ablation totale avec conservation du membre supérieur. Cette intervention pratiquée par M. Jaboulay, fut faite au moyen d'une incision menée suivant le bord spinal de l'omoplate et l'épine de cet os. Le détachement des parties molles conduit, suivant la méthode, conformément au manuel opératoire décrit par M. le professeur Ollier, sous-périostée ne s'accompagna d'aucune hémorrhagie sérieuse. Le dernier temps de l'opération consista dans l'ouverture de l'articulation et la torsion de l'apophyse coracoïde.

L'examen de l'os enlevé fit voir des lésions tuberculeuses très étendues, mais surtout marquées au niveau du bord auxillaire, qui était considérablement épaissi et creusé de cavernes profondes.

Trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.

Gazette Hebdomadaire, 1896.

En dehors des cas de syncope cardiaque, surtout observés avec l'usage du chloroforme, nombre d'accidents graves de l'anesthésie relèvent de troubles respiratoires et on les rencontre plus particulièrement dans l'anesthésie à l'éther. C'est contre ces accident que la trachéotomie semble certainement une méthode ultime, mais une bonne méthode dans les cas graves.

Nous rapportons dans ce travail une observation où l'ouverture de la trachée a certainement sauvé le malade d'accidents de suffocation, et même d'arrêt total de la respiration, survenus au cours d'une anesthésie pour un phlegmon grave du cou.

Le mécanisme de ces accidents, bien mis en lumière par Hutchinson et Krakner, Langlois et Richet, M. le professeur Poncet, réside dans ce fait que les mouvements d'inspiration sont toujours actifs, que l'expiration, au contraire, est à l'état normal, purement passive, elle n'est active que dans les cas d'expiration volontaire, ou reflexe, ou

encore lorsqu'il existe un obstacle dans les voies aériennes supérieures. On comprend dès lors que, dans ce dernier cas, si l'on soumet le malade à une anesthésie générale qui abolit les mouvements volontaires, immédiatement des accidents respiratoires de la plus haute gravité se montreront ; le seul traitement est alors la trachéotomie.

Notre travail, qui a surtout en vue les accidents dus aux phlegmons du cou, se termine par ces conclusions :

1° Il faut redouter, au cours d'anesthésie générale faite pour phlegmon du cou avec gêne de la respiration, des accident graves d'asphyxie.

2° Si ces accidents se produisent, il faut avoir rapidement recours à la trachéotomie. Le séjour de la canule doit être de peu de durée.

Un cas d'empalement par crochet. — Extirpation par laparotomie.

Société des Sciences Médicales, décembre 1897.

Cas d'empalement par un crochet à foin long de 45 cent., perforation de la vessie, du gros intestin et de l'intestin grêle ; la pointe du crochet était fixée dans la région pancréatique au devant de la veine cave inférieure et de l'aorte. Extirpation par la laparotomie médiane. Mort trente six heures après, de péritonite.

ANALYSES DE DIVERS TRAVAUX

— *Traité de Gynécologie*, par M. S. Pozzi, *Lyon Médical*, 1896.

— *Traité de thérapeutique chirurgicale*, par MM. Forgue et Reclus. *Lyon Médical*, 1897.

Etc.

Imp. P. Legendre & Cie, rue Bellecordière, 14, Lyon.